

省令様式第11号

| 療養手当支給請求書 | | | | |
|--|------------|-------------|-----------------------|----|
| 氏名 | | 生年 月日 | 明治 大正 年 月 日生 昭和 | |
| 戦傷病者手帳 番号 | | | | |
| 入院中の病院 又は診療所の 所在地・名称 | | | | |
| 傷病名 | | | | |
| 最近一年間 における療養の 状況 | 病院又は診療所の名称 | 入院期間 | | 備考 |
| | | 年 月から 年 月まで | | |
| | | 年 月から 年 月まで | | |
| | | 最寄の 郵便局名 | | |
| <p>戦傷病者特別援護法第18条の規定により療養手当の支給を受けたく請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>現住所 氏名</p> <p>都道府県知事 殿</p> | | | | |

注意 最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。
備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。